

32
Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1900

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 21 Novembre 1900, à 1 heure

PAR

André FERRY

Né à Bar-le-Duc le 30 Mai 1873.

Interne à l'Infirmerie centrale des Prisons de Paris

Ancien externe de la Maternité de Tenon.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES

Adénopathies Péri-Appendiculaires

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. POIRIER, professeur.

LEJARS et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

ANCIENNE MAISON JOUVE

Imprimerie de la Faculté de médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

—
1900

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

52

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 21 Novembre 1900, à 1 heure

PAR

André FERRY

Né à Bar-le-Duc le 30 Mai 1873.

Interne à l'Infirmerie centrale des Prisons de Paris

Ancien externe de la Maternité de Tenon.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES

Adénopathies Péri-Appendiculaires

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. POIRIER, professeur.

LEJARS et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

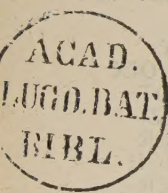
ANCIENNE MAISON JOUVE

Imprimerie de la Faculté de médecine

L. BOYER

15, RUE RAGINE, 15

1900



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS		MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des mala-		FOURNIER
dies de l'encéphale		RAYMOND
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		BERGER
Clinique des maladies du système nerveux ..		DUPLAY
		LEDENTU
Clinique chirurgicale		TILLAUX
		PANAS
Clinique ophtalmologique		GUYON
Clinique des maladies des voies urinaires ..		BUDIN
Clinique d'accouchement		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques

M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine
de Paris

Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Avant-Propos

Arrivé au terme de mes études, c'est avec un sentiment de reconnaissance très vive pour mes maîtres que je refais par la pensée le chemin parcouru pendant sept ans.

C'est à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le professeur agrégé Schwartz que je fis mes premières armes ; tout jeune étudiant, livré bien plus à l'histoire naturelle et à la chimie qu'aux sciences médicales proprement dites, je sentis cependant tout le savoir et toute la conscience qui présidaient à la direction du service. Deux ans après, revenu comme externe sous les ordres de M. Schwartz, je pus, en connaissance de cause, dans le Pavillon Lister, admirer ce que peut la chirurgie servie par la main d'un savant et d'un homme consciencieux.

Mon éducation chirurgicale fut continuée dans le service de M. le docteur Michaux, chirurgien de l'hôpital Broussais qui voulut être pour moi plus qu'un maître ; il acheva mon éducation chirurgicale com-

mencée à Cochin, développant en moi, avec sollicitude, l'esprit clinique et l'amour de la précision dans l'examen des malades.

J'avais été auparavant bénévole dans le service de M. le professeur Tillaux qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, me continuant ainsi la bienveillance proverbiale que tous ses élèves proclament et qui m'a laissé un vif souvenir de reconnaissance.

J'eus aussi l'honneur d'être bénévole chez M. Chautard, mais je ne pus être son externe ; j'ai trouvé chez M. le professeur agrégé Ménétrier, un maître aux idées larges, dévoué à ses élèves et toujours prêt à les aider de ses conseils et de son influence.

Ma dernière année d'externat se passa à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le docteur Boissard dont l'enseignement obstétrical est si connu et si apprécié par les étudiants. Grâce à lui, j'ai quelque pratique dans l'art des accouchements ; je le dois à sa façon de préciser les faits cliniques et à l'initiative qu'il veut bien accorder graduellement à ceux qui ont l'honneur d'être ses élèves.

Enfin, je dois un tribut de reconnaissance à mon dernier maître, M. le docteur Touchard, médecin de l'Infirmerie centrale des Prisons de la Seine, dont je suis l'interne et qui, dans son beau service de la Petite-Roquette, m'a formé à la pratique de ce que j'avais appris antérieurement.

Qu'il me soit permis avant d'entrer dans l'étude

de mon sujet de rappeler deux faits personnels : En 1894, j'eus un phlegmon au front, je fus alors soigné avec un dévouement sur lequel je ne saurais assez insister, par M. le docteur Schwartz et par M. le docteur Michaux. L'an dernier j'eus un autre accident, M. le docteur Boissard, mon chef d'alors, me témoigna une grande sollicitude. Ces maîtres m'ont prouvé qu'en même temps que leur science ils savent donner de leur cœur à leurs élèves, c'est pour moi un devoir bien doux de le reconnaître et de leur donner aujourd'hui ce faible témoignage de ma gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Introduction

Au début de cette année, la Société de chirurgie s'occupa, dans plusieurs de ses séances, d'affections diverses qui, presque toujours dans la clinique, sont confondues avec l'appendicite. Parmi les chirurgiens qui prirent part à la discussion, certains confondaient les deux mots péri-appendicite et para-appendicite. M. Quénu précisa le sens de ces deux termes.

Il désigne sous le nom de para-appendicites « les inflammations péritonéales développées autour de la terminaison de l'iléon et autour du cul-de-sac cœcal : elles comprennent des adénites *péri-~~a~~ppendiculaires*, des péri-iléites et des péri-typhlites vraies, élimination faite de presque tous les cas anciens qui n'étaient autres que des appendicites et de fausses péri-typhlites : ces péri-entérites ont pour point de départ, comme les appendicites, les follicules clos si abondamment disséminés dans l'épaisseur de la muqueuse intestinale de la région iléo-cœcale ». Ce sont des péritonites localisées développées dans le voisinage immédiat de l'appendice et sans dépendance aucune d'une lésion de cet organe.

La péri-appendicite accompagne, au contraire, la

plupart des appendicites un peu graves ; elle fait partie intégrante de leurs lésions.

Dans les péri-appendicites et dans les para-appendicites, les ganglions lymphatiques jouent un très grand rôle. Nous avons remarqué dans les observations communiquées à la Société de Chirurgie et dans les deux observations que notre maître M. Schwartz a bien voulu nous donner que l'on trouve le plus souvent à l'opération des lésions ganglionnaires. Nous croyons pouvoir réunir dans une même étude les adénopathies péri-appendiculaires et les para-appendiculaires. En effet, elles ont les mêmes manifestations cliniques. Nous tâcherons de trouver un signe qui nous permette de faire le diagnostic d'adénite avant l'opération, malheureusement nous verrons que ce signe n'est pas constant et quand il existe, il n'est qu'un signe de présomption. — Nous abandonnerons le sens restreint que M. Quénu donne au mot péri-appendiculaire. Car, à l'examen du malade, et même à l'opération, on ne peut dire s'il faut employer péri ou para. C'est le microscope seul qui trop souvent tranche la difficulté et parfois il est impossible de dire quand l'appendice est touché, si les lésions ganglionnaires sont vraiment sous la dépendance des lésions appendiculaires. Nous appellerons donc adénites *péri-appendiculaires* toutes les adénites qui sont dans le voisinage de l'appendice, conservant aux mots péri-appendicites et para-appendicites le

sens que leur a donné M. Quénu. Nous ne nous dissimulons pas qu'il eût peut-être été préférable pour la clarté de créer un vocable nouveau qui comprit les deux sortes d'adénopathies, tel que : adénopathie *circum-appendiculaire* ; mais la nomenclature est si chargée que nous hésitons à présenter ce mot.

Nous avons cru bon de donner dans une première partie l'anatomie de la région péritonéale, siège de l'affection que nous allons étudier. Nous n'apportons aucun fait anatomique nouveau. Notre ambition a été de réunir des choses éparses et de coordonner en une seule étude les travaux des auteurs les plus autorisés qui se sont occupés de la question.

Dans la deuxième partie, nous étudierons l'étiologie des adénopathies péri-appendiculaires. Cette étiologie est complexe et il est délicat de la déduire des faits cliniques.

En troisième lieu nous examinons les symptômes ; enfin nous étudions quelques complications.

Nous avouons, sans fausse honte, que notre travail est incomplet, parce que la question est toute nouvelle ; les discussions si intéressantes de la Société de Chirurgie prouvent que nos maîtres ne se sentent pas encore d'accord sur ces faits. Aussi désirons-nous que dans notre pratique nous soyons amenés à continuer l'étude d'un sujet que nous avons eu plaisir à aborder, peut-être en raison des difficultés qu'il présente.

Anatomie

Avant d'entrer dans le sujet proprement dit de notre thèse nous croyons à propos de rappeler les dispositions anatomiques de la région dont nous allons étudier un état pathologique. Sans entrer dans la description de l'appendice lui-même, nous examinerons son péritoine, je dirais presque son mésentère, car les ganglions qu'il renferme et dont nous allons esquisser la pathologie ne sont que des ganglions mésentériques, situés un peu à part, formant, pour ainsi dire, un système spécial par suite des transformations que cette partie du péritoine a subies dans le cours de son développement.

L'affection qui nous occupe peut atteindre l'enfance aussi bien que l'âge mûr. Aussi, chemin faisant, après avoir décrit ce péritoine chez l'adulte, nous verrons ce qu'il a été chez l'enfant avant d'arriver au point où nous l'étudions.

Pour avoir une vue d'ensemble du péritoine appendiculaire, renversons la partie supérieure du cœ-

cum en arrière et à droite, attirons l'iléon à gauche et fixons l'appendice directement en bas. De ce dernier organe, dans le sens de sa longueur, nous voyons partir un repli sérieux qui occupe un plan frontal puis bientôt se divise en deux feuillets un postérieur et un antérieur embrassant dans leur écartement la partie terminale de l'iléon et dessinant un profil assez semblable à un Y. Le feuillet postérieur du dédoublement remontant assez haut va s'insérer à la partie postérieure du mésentère de l'iléon, et avec la partie inférieure à la ligne de division, constitue le *mésopendice*, tandis que le feuillet antérieur se perd en avant sur la convexité même de l'iléon *c'est le repli iléo-appendiculaire*.

Ces différents replis sont déterminés par les vaisseaux, principalement par les artères qui en sont à la fois la raison et le squelette. L'artère iléo-colique qui est une terminaison de l'artère mésentérique supérieure, donne, un peu au-dessus de l'angle iléo-colique, naissance à un tronc commun aux artères coliques, cœcale postérieure et *appendiculaire*. Cette dernière, qui seule nous intéresse, quitte le mésosiléon en soulevant un repli qui n'est autre que le méso-appendice, dont elle occupe le bord libre, descend en arrière de l'iléon, vers l'appendice qu'elle accompagne jusqu'à son extrémité, toutefois à une distance qui diminue à mesure qu'on approche de l'extrémité. En route, *l'artère appendiculaire* envoie dans l'épais-

seur du méso qu'elle a soulevé, trois étages de branches : *celles du haut* vont à la partie postérieure du cœcum, *les moyennes* à la jonction de l'appendice et du cœcum, *les inférieures* à l'appendice. Enfin l'artère appendiculaire émet une branche à part, *récurrente*, qui remonte vers la partie antérieure de l'iléon, déterminant le repli *iléo-appendiculaire*.

Nous avons pu entrevoir par la direction générale des artères et des branches qu'elles émettent où s'insèrent le méso-appendice et son principal annexe.

Précisons maintenant les lignes qui limitent le méso-appendice, étudions sa forme et examinons brièvement les particularités qu'il peut présenter. Chez l'enfant, on le trouve mince et transparent ; chez l'adulte épais et opaque ; le plus souvent, plus ou moins chargé de graisse, suivant l'embonpoint du sujet, il présente dans 52 0/0 des cas, des franges épiploïques renfermant comme les franges épiploïques du reste de l'intestin, des masses adipeuses (Lafforgue).

Il est triangulaire, d'aspect falciforme d'après Lafforgue. Jonnesco précisant la description lui décrit quatre bords : « 1° le *supérieur* (mésentérique) très court, se continue avec le feuillet postérieur du mésentère ; — le *droit* (colico-cœcal), externe, s'insère sur la face postéro interne du colon ascendant et du cœcum près de l'abouchement de l'iléon depuis l'angle iléo-cœcal supérieur — iléo-colique serait mieux — jus-

qu'à la racine de l'appendice ; — *l'inférieur* (appendiculaire) s'insère le long du bord supérieur (bord adhérent ou hile) de l'appendice ; — *le gauche*, interne, est libre et contient dans son épaisseur l'artère appendiculaire ; semi-lunaire, à concavité tournée en dedans, ce bord se fixe par son extrémité ou corne supérieure, sur le mésentère, tandis que son extrémité ou corne inférieure se prolonge par une mince languette séreuse contenant l'artère appendiculaire, le long du bord supérieur de l'appendice, jusqu'à son extrémité terminale ; trop courte pour l'appendice, la corne inférieure du bord libre le force à se contourner, se pelotonner sur lui-même. Le méso-appendice présente deux faces, dont l'une postérieure, profonde est libre ; l'autre antérieure reçoit l'insertion du repli iléo appendiculaire. »

La description que nous venons d'emprunter à Jonnesco n'est pas toujours exacte. Quelquefois l'envahissement graisseux est tel que le méso appendice se présente plutôt comme une boule adipeuse.

L'appendice peut enfin varier dans sa position, d'où modification de son méso.

I. — Parfois le cœcum est coudé et présente son sommet en dedans, latéralement. L'appendice long et flexueux *remonte* le long de son bord interne ; il passe devant l'iléon masquant l'abouchement de cette dernière partie de l'intestin dans le colon ascendant. Si

l'on écarte l'appendice en avant on s'aperçoit que son méso passe non plus en arrière de l'iléon mais en avant pour aller s'insérer sur la face antérieure du mésentère iléal ; l'insertion mésentérique du méso appendice est alors très courte. Dans le bord libre on sent l'artère appendiculaire qui, au lieu de contourner l'iléon par en-dessous, pour remonter vers l'appendice, a quitté le mésentère par sa face antérieure pour aller directement, par le chemin le plus court, vers l'endroit qu'elle doit irriguer ; cette artère donne d'ailleurs les mêmes branches que quand elle est dans sa situation normale, seulement ces branches sont antérieures au lieu d'être postérieures à l'intestin comme dans les cas normaux. La *récurrente* au lieu de remonter en avant vers l'iléon remonte en arrière suivant le bord libre du ligament iléo-appendiculaire qui se détache, alors de la face postérieure du méso appendice. En résumé, dans ce cas, l'ordre normal est interverti ; on a, *en avant* de l'iléon l'artère appendiculaire et le méso appendice, *en arrière* le repli iléo appendiculaire et l'artère récurrente.

II. — Dans d'autres cas l'appendice est *libre et flottant* en avant de l'iléon ; ses deux ligaments sont anormalement disposés ; le méso est quadrangulaire, son bord supérieur s'insère sur la face antérieure du mésentère, l'inférieur sur l'appendice, le droit sur la face antéro-interne du colon et du cœcum, le gauche

contenant l'artère appendiculaire est concave et va du mésentère à l'appendice. Comme dans le cas précédent, le méso appendice passe en avant de l'iléon. Il faut pour voir le repli iléo appendiculaire soulever le méso appendice, il prend naissance à 1 centimètre $1/2$ environ de l'insertion appendiculaire du méso appendice. Les replis contiennent toujours les artères appendiculaire et iléo appendiculaire.

III. — Parfois l'appendice monte verticalement derrière le cœcum ; son méso diminue progressivement ; dans quelques cas, l'appendice est même complètement accolé à la face postérieure et passe derrière l'embouchure de l'iléon ; dans ce cas le méso peut faire complètement défaut. Trèves, le premier a donné l'explication de ce phénomène. Le cœcum, par le fait de son accroissement, plonge dans le péritoine dont il se coiffe. Il empiète par une de ses parois dans la séreuse dont il se recouvre. Celle-ci remonte et attire dans son mouvement ascensionnel le méso appendice auquel elle donne naissance. Le méso appendice se trouve ainsi moitié à sa place ordinaire, moitié sur la face postérieure du cœcum. Que cette évolution s'accroisse et la totalité du mésentère passe sur la paroi cœcale. L'appendice adhère alors sur toute son étendue à la paroi cœcale suivant une ligne verticale (Lafforgue).

Pour en finir avec la morphologie du méso appendice
Ferry

pendice rangeons, avec Lokwood et Rolleston, ses variétés en six groupes : 1° L'artère appendiculaire, côtoyant l'appendice depuis sa racine, ne soulève plus le méso, d'où absence complète ; 2° Tandis que normalement le méso ne va pas tout à fait jusqu'à l'extrémité de l'appendice, il peut être plus long que d'habitude et s'étendre jusqu'à l'extrémité libre de l'appendice ; 3° Il peut être étalé sur le péritoine de la fosse iliaque et, par coalescence, plus ou moins adhérent à celui-ci ; 4° Caché et fixé dans la fossette iléo-cœcale ou dans la sous-cœcale ; 5° Il peut être aussi perforé d'un trou où peut s'engager une anse intestinale et s'y étrangler (cas de Little *Dubl. Journ. médic. sci.*, 1871) ; 6° Il peut avoir des insertions variables ; venir de la fosse iliaque, du cœcum ou bien des deux à la fois ; ou encore de la face postérieure du colon (dans un cas où le colon était libre, flottant, par suite de l'absence du méso-colon à ce niveau) ; enfin il peut provenir de la fossette iléo-cœcale ou de la sous-cœcale.

Le méso appendice et le ligament iléo appendiculaire, déterminent une fossette que nous devons étudier pour être complet : la *fossette iléo-appendiculaire*. Cette fossette est pyramidale à base interne et à sommet tronqué tourné en dehors. La *base* répond à l'orifice de la fossette. Nous décrirons à cette base trois bords, l'un antérieur et inférieur, le deuxième postérieur, le troisième supérieur et antérieur. Les

deux premiers sont formés respectivement par les bords libres du ligament iléo appendiculaire et du méso appendice, ils sont plus ou moins curvilignes à concavité tournée en dedans. Le troisième bord est formé par une ligne idéale qui part de la corne supérieure du ligament iléo-appendiculaire.

Les trois parois sont ainsi formées : La *supéro-antérieure* est creusée par la convexité de l'iléon, l'*antéro-inférieure* n'est autre que le repli iléo appendiculaire et la *postérieure* est constituée par le méso appendice. L'angle *antérieur* est constitué par l'insertion du repli iléo appendiculaire sur l'iléon. L'angle *supérieur* qui remonte haut en arrière de l'iléon, résulte de l'insertion du méso appendice sur le mésentère. Enfin l'angle inférieur est dû à l'insertion du repli iléal sur le méso-appendice ; le niveau de cet angle est d'ailleurs variable, car il arrive que l'insertion du repli iléo-appendiculaire a lieu très bas sur le méso appendice ; quelquefois même, rarement il est vrai, cette insertion a lieu sur l'appendice même qui possède deux mésos, l'un antérieur iléal, l'autre postérieur mésentérique ; quant au *sommet* tronqué de la pyramide, il est constitué par la partie de la face interne du cœcum limitée en haut par l'abouchement de l'iléon, en avant et en arrière par les replis appendiculaires, en bas par l'insertion de l'appendice.

Les dimensions de la *fossette iléo-appendiculaire* sont très variables ; parfois c'est une simple fente qui

embrasse la moitié inférieure et postérieure du pourtour de l'iléon ; elle est à peine visible. Au contraire, Tuffier l'a vu chez l'adulte admettre les deux dernières phalanges des cinq doigts ; on a vu cette fossette avoir les dimensions « d'une petite pomme » et même dans un cas, elle présentait un diamètre de 7 centimètres « et dans la partie la plus profonde du diverticulum, on pouvait introduire deux doigts. » On a même vu les deux feuillets constitutifs de ce diverticulum soudés par leurs bords et former une véritable poche kystique très développée (2 cas de Schott).



Il nous reste à étudier maintenant *ce que contiennent* les ligaments de l'appendice. Nous avons vu déjà comment sont disposées les artères qu'ils renferment ; à côté de ces artères, cheminent des veines nombreuses qui ne présentent rien de particulier.

Plus importants sont les faisceaux musculaires que l'on a donnés comme la cause du ligament iléo-appendiculaire ; disons en passant que, quel que soit, chez l'embryon, le mode de formation de ce repli, chez l'enfant et chez l'adulte il est plus vasculaire que musculaire, et l'ensemble se présente comme si le péritoine avait été soulevé par les vaisseaux. Dès 1861, Luschka signalait des faisceaux musculaires lisses dans le repli iléo-appendiculaire. En 1862, il

en donnait la description suivante : « De la réunion des fibres musculaires des bandelettes interne, externe et postérieure du cœcum, au niveau de la racine de l'appendice, partent des fibres longitudinales qui se ramifient, les unes sur l'appendice vermiculaire, les autres entre les feuillets du plica iléo-cœcalis (repli iléo-appendiculaire) auquel arrivent aussi quelques faisceaux provenant du pourtour inférieur de l'extrémité de l'intestin grêle (Arch. f. anatom. 1862, p. 202). Toldt a signalé ces fibres charnues chez un embryon de cinq mois ; Brœsike chez l'embryon, l'enfant et l'adulte : ce sont, d'après cet auteur, des tractus longitudinaux, suivant le grand axe de l'intestin, très serrés dans la portion basale du repli et de plus en plus espacés vers son bord libre ; Pérignon dit les avoir vues à l'œil nu, principalement chez deux adultes chez lesquels ces fibres, très développées, donnaient au repli un aspect charnu ; dans ces deux cas, les fibres musculaires étaient très nettes, arciformes et se *continuaient* de la façon la plus évidente avec celles de la paroi de l'iléon. Inutile d'ajouter que ces fibres musculaires sont lisses.

Luschka attribue à cette couche musculaire un rôle de régulateur entre le cœcum et l'iléon ; par sa contraction, elle attirerait en bas la portion terminale de l'iléon et empêcherait son redressement complet et la formation d'une coudure trop prononcée entre le colon et l'iléon.

Le repli iléo-appendiculaire contient donc : *l'artère iléo-appendiculaire* et ses branches ; *des veines* ayant même trajet que les artères ; *de la graisse* surtout chez l'adulte ; *un muscle lisse* allant de l'angle du cœcum et de l'appendice à l'iléon.

Le méso-appendice contient de son côté, l'artère appendiculaire et ses branches, de nombreuses veines, satellites des artères et de la graisse plus ou moins abondante. Il contient en outre des *ganglions lymphatiques* au nombre de trois ou quatre, quelquefois très petits, mais dont un est souvent plus gros et a été bien étudié par Clado dont nous suivrons la description.

Au niveau de la base du méso-appendice, dans l'angle qui sépare l'appendice et le cœcum de l'intestin grêle existe un ganglion que Clado appelle *ganglion appendiculaire*. Cet auteur lui a vu parfois des dimensions considérables, dans des cas de fièvre typhoïde, de tuberculose ou d'appendicite. Ce ganglion est constant, mais, cependant, il se déplace quelquefois jusqu'à empiéter sur la portion terminale du mésentère et peut alors être considéré comme le dernier ganglion mésentérique. Il représente encore un reste d'évolution atavique : chez les grands herbivores à cœcum contourné en forme d'appendice, ce ganglion très développé reçoit ses lymphatiques et est indépendant des glandes mésentériques (Clado).

Les vaisseaux lymphatiques naissent principale-

ment de la muqueuse de l'appendice, on les voit très nettement sur les coupes transversales ou longitudinales de l'appendice : ce sont des fentes presque toutes transversales, revêtues d'un épithélium plat où la saillie des noyaux cellulaires est apparente ; ils enveloppent la partie profonde des follicules clos, à la manière d'une calotte, constituant des espaces dont la cavité est parfois cloisonnée. Les culs de sac des glandes sont quelquefois entourés d'une manière analogue. Dans la couche conjonctive il y a aussi des lymphatiques. De toutes ces origines partent les vaisseaux lymphatiques qui cheminent dans l'épaisseur du méso et se rendent au ganglion appendiculaire et aux ganglions voisins.

Par des injections de mercure ou de matières colorantes, Clado affirme avoir vu une communication évidente entre les lymphatiques appendiculaires et les lymphatiques utéro-ovariens. Ces lymphatiques chemineraient dans un repli-péritonéal que Clado appelle *ligament appendiculo-ovarien*.

Voici la description qu'en donne Clado : En relevant l'appendice cœcal, on peut voir qu'il se forme un repli péritonéal qui part de son méso, pour aller se continuer avec le bord supérieur du ligament large ; il est à concavité supérieure. On pourrait donner à ce repli le nom de *ligament appendiculo-ovarien*. Il est falciforme ; sa partie moyenne, la moins haute, répond

aux vaisseaux iliaques et mesure un à deux centimètres de hauteur.

« Qu'on ne se figure pas que ce ligament est un artifice de préparation ; plus d'une fois, je l'ai vu isolé. D'ailleurs, on en trouve quelquefois des vestiges chez l'homme, sous forme d'un petit repli qui croise les vaisseaux iliaques et se perd dans le petit bassin. Ce ligament est presque constant. Il établit des communications lymphatiques entre l'ovaire et l'appendice vermiforme » (Clado).

Lafforgue conteste la constance de ce ligament. Il a examiné quatre-vingt-dix cadavres de femmes et ne l'a trouvé que dix-sept fois, mais dans ces dix-sept cas, il l'a trouvé tel que Clado l'avait décrit.

Durand, de Lyon, (Progrès médical, n° 27, 1895), décrit à son tour ce ligament en donnant comme lieux d'insertion exceptionnels, le péritoine enveloppant la fin de l'iléon et plus rarement encore le renflement cœcal.

En résumé, ce ligament semblait avoir une existence tout-à-fait démontrée quand Barnsby dans sa thèse de 1898, est venu non-seulement contester sa fréquence, mais presque la nier. Cet auteur a examiné 127 cadavres sans jamais le rencontrer. Il n'a constaté que des adhérences reliant les annexes à l'appendice et à la capsule cœcale ; mais dans ces cas il existait des annexes scléro-kystiques et assurément il s'agis-

sait là d'adhérences pathologiques, suites de péri-salpingites anciennes.

A notre tour, nous avons recherché le ligament appendiculo-ovarien sur 17 cadavres, nous ne l'avons jamais trouvé ; il est vrai que nos recherches ont été restreintes et ne peuvent entraîner la conviction ; nous nous refusons à admettre que Clado et Lafforgue aient employé une technique vicieuse ; ils savaient que la moindre traction opérée sur la séreuse péritonéale donne naissance à une infinité de replis. Nous estimons qu'ils sont tombés sur d'heureuses séries et nous n'hésitons pas à admettre l'existence du ligament de Clado, mais *seulement à titre d'exception*.



Etude étiologique

Presque toutes les lésions de l'organisme ont un retentissement plus ou moins grand sur les ganglions du territoire lymphatique où elles siègent. Le ganglion, qui est perméable aux liquides et les laisse passer sans aucune réaction, arrête les corpuscules solides, matières pulvérulentes ou micro-organismes. De plus, c'est un véritable *milieu de culture*.

L'adénite n'est presque jamais primitive ; si, en apparence, ce phénomène se produit parfois, c'est que les lésions viscérales ont régressé, tandis que les ganglions atteints continuent à être le siège du développement des parasites ou bien c'est qu'il y a eu inoculation directe dans le ganglion, ce qui est très rare en général et ne se réalise jamais dans le cas particulier qui nous occupe.

L'adénite des ganglions péri-appendiculaires, peut être d'origine cavitaire, d'origine profonde ou bien elle reconnaît pour cause une infection générale.

1° L'adénite est d'origine *cavitaire* quand elle est due à des lésions qui siègent sur les tuniques du cœcum ou de l'appendice.

2° Elle est d'origine *profonde* quand elle semble résulter de lésions annexielles.

3° Elle reconnaît pour cause une *infection générale* quand elle est due à la diffusion des germes infectieux de l'organisme, sans qu'on puisse trouver une lésion des organes voisins qui puisse expliquer l'affection ganglionnaire.

I. Adénite d'origine cavitaire. — C'est l'adénite d'origine appendiculaire ou cœcale. Elle peut se manifester même après l'ablation de l'appendice, car les lésions ganglionnaires continuent à évoluer. On opère le malade de son appendicite, il paraît guéri quand bientôt de nouveaux accidents très graves se reproduisent. On fait une nouvelle intervention et l'on trouve les ganglions du méso-appendice tuméfiés, augmentés de volume, en voie de suppuration ; ou bien encore c'est une chaîne ganglionnaire, remontant vers le foie, qui est en cause. Dans les cas examinés au point de vue bactériologique, M. Michaux dit avoir constaté toujours dans les ganglions les mêmes espèces microbiennes qui avaient été trouvées dans l'appendice au moment de son ablation.

Nous trouvons dans ces cas et dans les suivants l'adénite inflammatoire simple et l'adénite suppurée, seules ou associées. Nous trouvons un ganglion rouge

brun et ferme. A la coupe, il a un aspect splénique et présente de petits foyers hémorrhagiques sur la tranche de section ; les tissus lymphatiques sont gorgés de cellules lymphatiques et de détritits leucocytiques ; les travées conjonctives sont épaissies et granuleuses, les capillaires sanguins sont augmentés de volume et ont laissé extravaser des globules qui sont par petits amas entre les cellules lymphatiques. Puis le ganglion se ramollit, il devient foncé et sans consistance. Si on le coupe on y trouve disséminés de petits foyers purulents. Enfin tout le ganglion suppure, il n'est plus qu'une coque fibreuse pleine de pus, plus ou moins cloisonnée par les vestiges du tissu conjonctif. Les éléments voisins du ganglion s'épaississent, s'infiltrant ; il se produit de la péri-adénite.

II. L'adénopathie péri-appendiculaire est aussi d'origine *profonde* ; c'est quand elle semble résulter de lésions annexielles. Existe-t-il des communications lymphatiques entre les annexes droites et l'appareil appendiculaire ? L'anatomie nous a montré que ces connexions, si elles existent, existent exceptionnellement. Le ligament de Clado se rencontre rarement. Y a-t-il des lymphatiques sous-séreux ? Ils n'ont point été vus ; mais la clinique semble prouver leur existence. Trop souvent, chez la femme, l'appendicite est liée à une annexite ancienne, pour qu'il n'y ait là qu'une simple coïncidence. On ne nous accusera pas

de nous laisser séduire par l'aphorisme *post hoc-propter hoc*.

Comment se produisent ces lésions de l'appareil cœco-appendiculaire ?

Barnsby, dans sa thèse inaugurale de 1898, donne une hypothèse que nous accepterions si nous n'avions une observation très nette, que nous devons à notre maître M. Schwartz, et qui ne peut s'accorder avec cette hypothèse.

D'après Barnsby et certains auteurs, il n'y aurait pas d'infection par continuité à la faveur d'anastomoses normales, mais infection par contiguité à la faveur d'un réseau lymphatique de nouvelle formation. Des adhérences se forment par exemple entre un pyo-salpinx et un appendice sain. Ces néo-membranes de péritonite plastique s'organisent, elles ne tardent pas, comme le dit M. Pozzi, se basant sur les recherches de Poirier, à contenir des vaisseaux et une atmosphère péri-vasculaire à travers lesquels les microbes peuvent passer librement. Le lien qui rattache l'une à l'autre ces deux affections est dès lors établi. Le processus de cette infection consisterait donc dans la formation de néo-membranes et, par leur intermédiaire, de néo-anastomoses lymphatiques ; ces deux actes successifs seraient nécessaires à une infection ultérieure de l'appendice.

Notre observation II ne peut s'expliquer par cette théorie. En effet, la malade a subi l'hystérectomie

vaginale le 16 octobre 1898, elle sort guérie de l'hôpital et ce n'est qu'un an après qu'elle ressent la première crise d'appendicite; en novembre 1899. Quatre mois après, elle a une nouvelle crise et elle est opérée le 10 avril. On aurait dû trouver l'appendice adhérent à la cicatrice de l'hystérectomie directement ou par l'intermédiaire d'un tractus de néo-formation plus ou moins vascularisé. Rien de tout cela : à l'examen on recherche spécialement les adhérences, il n'y en a pas de traces, et il est évident qu'il n'y a eu aucun travail inflammatoire dans le voisinage de l'appendice, bien que la malade ait eu antérieurement une pelvi-péritonite. — Dans le méso-appendice, on trouve un *ganglion enflammé* du volume d'une noix et contenant du pus. — A la rigueur, on pourrait nier le rapport de cause à effet entre les lésions de l'appareil génital et celles de l'appareil appendiculaire en se basant sur le long espace d'une année qui sépare les deux ordres d'accidents. — Mais nous pouvons très bien admettre que l'infection s'est propagée au ganglion appendiculaire par l'intermédiaire de lymphatiques sous-séreux ; cette adénite est demeurée stationnaire, silencieuse, ainsi qu'il arrive souvent dans d'autres régions et sous une influence quelconque elle a pris une allure aiguë. Quelle est cette influence ? est-ce une légère poussée inflammatoire de l'appendice que nous pourrions faire coïncider avec la première crise (novembre 99), ou une autre cause qui nous échappe ?

Peu importe à notre avis. Notre hypothèse de la propagation de l'infection des annexes au ganglion appendiculaire, autrement que par contiguité ou par l'intermédiaire d'adhérences n'en reste pas moins fort probable.

III. — Enfin l'adénite péri-appendiculaire peut avoir pour cause une *infection générale*. On ne peut alors trouver dans les organes voisins de lésions qui puissent être accusée d'être la cause de l'adénopathie.

Parmi ces infections générales, nous citons au premier rang, la *tuberculose*.

Ce sont surtout les enfants et les adultes qui sont atteints, et parmi les adultes les plus jeunes semblent les plus exposés ; nos observations partent sur des sujets féminins ; comme ici il n'y a eu aucune sélection faite par nous, nous devons conclure que les filles présentent une prédisposition spéciale à la tuberculose des ganglions appendiculaires. D'ailleurs nous savons que l'adénopathie tuberculeuse, quelque soit son siège, se rencontre plus souvent chez les filles que chez les garçons.

Nous devons reconnaître ici, encore, le rôle de l'*hérédité*. Nos malades ont des antécédents tuberculeux dans leurs familles. L'adénopathie péri-appendiculaire est pour eux la façon de répondre à cette hérédité presque fatale. Les ganglions de leurs appendices offraient sans doute un lieu de moindre résistance, car peut-être étaient-ils déjà touchés par l'infection ?

Nous pouvons le croire, car sauf dans un cas, on a trouvé quelques lésions appendiculaires, très légères en vérité, mais suffisantes, à notre avis pour mettre les ganglions correspondants dans un état défavorable à la lutte contre le bacille de Koch, toujours à l'affût d'un endroit où il puisse se développer, dans cet organisme où l'hérédité l'appelle d'une façon spéciale. Mentionnons ce cas rapporté par M. Reynier à la Société de Chirurgie : un malade lui est envoyé avec tous les symptômes de l'occlusion intestinale. On l'opère et on tombe sur une masse ganglionnaire énorme. Il meurt et l'autopsie révèle un appendice absolument sain. L'inflammation, si légère qu'elle soit, prépare donc le terrain pour le développement de la tuberculose. C'est ainsi, que dans d'autres régions, des adénopathies tuberculeuses se produisent après des engorgements ganglionnaires dépendant d'amygdalites, d'angines, de carie dentaire, de périostite alvéolo-dentaire, d'accidents de la dent de sagesse, d'éruptions cutanées, d'eczéma du sein, de mammites chroniques simples, etc.

La lésion tuberculeuse ganglionnaire peut succéder à une lésion tuberculeuse de l'appendice ou coexister avec elle. La région cœcale et en particulier l'appendice est l'un des lieux d'élection de la tuberculose intestinale. L'appendice est souvent épaissi, dilaté, perdu dans un bloc de néo-membranes et de ganglions tuméfiés. Lasègue avait déjà signalé ce fait

en ajoutant que certaines typhlites à répétition aboutissent à la tuberculose. Billroth, Hartmann et Pilliet ont décrit un type de tuberculose qui simule le cancer. Il existe alors des masses d'apparence néoplasique ; les parois de l'intestin très épaissies semblent, infiltrées par un néoplasme et l'examen histologique, quand il a lieu, fixe la nature de cette tumeur qui est caractérisée par de rares follicules tuberculeux disséminés dans une gangue embryonnaire considérable.

La tuberculose appendiculaire est fréquente. Peut-être, dit M. Richelot, nombre d'appendicites aiguës, dites simples, rentreront-elles plus tard dans le cadre de la tuberculose. Les observations de Benoit confirment cette hypothèse et montrent qu'il est parfois impossible d'affirmer ou même de soupçonner pendant la vie la nature tuberculeuse d'une appendicite (observations III, IV, V, VI).

Mais parmi ces adénopathies à évolution subaiguë, il en est qui peuvent avoir comme point de départ des lésions infectieuses banales. — Un certain nombre d'*infections staphylococciques* ou *streptococciques* se traduisent ainsi par des adénopathies à marche et à suppuration subaiguës. Enfin comme cause d'infection, signalons encore l'actynomicose.

En résumé, l'infection des ganglions appendiculaires peut venir de l'appendice et être due aux micro-organismes que l'on rencontre dans les lésions de l'appendice vermiforme, coli-bacilles, staphylocoques,

streptocoques, bacille d'Eberth, bacille de Koch). L'infection peut venir encore des annexes droites par contiguité ou par suite d'adhérences vascularisées ou enfin par voie lymphatique sous-séreuse. Enfin, l'adénite peut être sous la dépendance d'une infection générale (tuberculose, staphylococcie, streptococcie, actynomicose (?), cancer (?). Pour ces deux derniers modes d'infection, il n'existe pas d'observations, mais nous ne devons pas les rejeter *a priori*.



Etude symptomatologique

Les adénopathies péri-appendiculaires ont été appelées avec raison de fausses appendicités. C'est que les symptômes font tout de suite penser à cette affection et que ce n'est qu'à l'opération que l'on trouve un appendice sain ou plus souvent atteint de lésions peu en rapport avec l'adénopathie voisine.

Les lésions des ganglions appendiculaires ne simulent point les appendicités suraiguës par perforation d'emblée. Le plus souvent, on n'a pas cet ensemble de symptômes tragiques qui aboutissent à la mort dans les 24 heures, avant même qu'on ait songé à intervenir chirurgicalement, l'état général décourageant à l'avance toute intervention sanglante.

Souvent on peut croire à une *appendicite subaiguë*. Le début est plus ou moins solennel, le malade est pris subitement d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite, il a de la fièvre ; mais bientôt les symptômes sont moins alarmants, ce n'est plus une crise, mais une douleur avec irradiations autour de l'ombi-

lic ; la palpation au point de Mac Burney est particulièrement douloureuse. La douleur peut atteindre la région rénale, la cuisse droite reste en flexion, son extension est douloureuse à cause des irradiations dans le psoas qui constitue le plancher de la région malade, le testicule droit est remonté comme dans la colique néphrétique, on trouve le signe de Dieulafoy, c'est-à-dire la sensation de brûlure par simple frôlement de la peau de l'abdomen.

Le ventre est dur, les muscles contractés sont en état de défense ; cependant il n'est pas rare que ce symptôme manque et que l'on puisse à la palpation sentir la masse ganglionnaire plus ou moins tuméfiée ; les observations que nous rapportons en font foi ; la tumeur donne la matité ou au moins de la submatité à la percussion.

Du côté de l'appareil digestif, il y a de la constipation, des vomissements plus ou moins abondants. — La température va de 38° à 39. Le pouls est petit, rapide, fuyant ; en un mot, il est péritonéal. Le visage conserve bonne apparence ; cependant les yeux paraissent fatigués.

Dans d'autres cas il se passe des phénomènes d'occlusion intestinale. M. Reynier, à la séance de la société de chirurgie du 14 février cite le cas d'un malade qui lui est amené à l'hôpital, avec tous les phénomènes de l'occlusion, il a une masse dans la fosse iliaque. A l'opération, on trouve un énorme paquet

ganglionnaire caséux se dirigeant vers la colonne vertébrale. Le malade mourut. A l'autopsie, son appendice était absolument sain. — Dans ce cas la constipation s'établit, elle devient opiniâtre et la suppression des matières et des gaz est absolue. — Le malade a des nausées puis des vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux, ensuite biliaires et enfin fécaloïdes. — Le ventre au début est rétracté ; si le chirurgien n'est intervenu, le ventre se ballonne et donne du météorisme à la percussion. La palpation est entièrement douloureuse. Si l'opération n'est point faite encore, le malade cesse bientôt de réagir, le ventre s'affaisse, il ne souffre plus, il meurt dans le collapsus.

Enfin, l'adénopathie péri-appendiculaire peut se présenter avec les symptômes de l'appendicite chronique à rechutes. Le malade peut être pris subitement comme dans les cas précédents ou bien ce sont d'abord des coliques sourdes semblant venir de la région stomacale et irradiant vers la fosse iliaque droite. Les vomissements semblables à ceux décrits plus haut, apparaissent bientôt, mais les phénomènes cèdent et il reste une sensibilité de la fosse iliaque droite qui va en décroissant, non cependant sans qu'il y ait quelques coliques de plus en plus rares d'ailleurs. Les crises se reproduisent à intervalles plus ou moins rapprochés jusqu'au jour où une crise plus forte amène l'intervention.

Dans les observations que nous rapportons, nous

trouvons un signe à peu près constant : c'est l'existence d'une tumeur de volume variable dans la fosse iliaque droite. Il est démontré que dans l'appendicite vraie, on ne sent pas l'appendice ; d'ailleurs les muscles sont contractés, par conséquent opposent à la palpation un obstacle infranchissable. Cependant, dans l'appendicite chronique, on sent parfois une masse plus ou moins volumineuse due à un appendice très dilaté ou à un abcès collecté et enkysté dans le voisinage. Toutefois, dans les mémoires de la Société de chirurgie et dans les deux observations de mon maître M. Schwartz, il n'est point parlé de ce phénomène de la contracture musculaire et les différents auteurs donnent les résultats de la palpation, ce qui nous autorise à penser que la paroi abdominale est relâchée, à moins toutefois que la réaction péritonéale devienne telle qu'elle passe au premier plan de la scène. Enfin, au niveau de cette tumeur, il y a de la matité ou au moins de la submatité. Dans l'appendicite vraie, la sonorité est normale, il n'y a de submatité que lorsqu'un abcès volumineux est collecté.



Complications

La propagation de l'infection des ganglions péri-appendiculaires se fait volontiers vers le foie. Le 17 janvier, M. Ricard citait à la Société de chirurgie le cas d'un malade à qui l'on avait enlevé l'appendice dans une opération antérieure. Une nouvelle laparotomie conduisit ce chirurgien sur une chaîne de ganglions infectés remontant vers le foie ; ce qui prouve la progression de l'infection vers ce viscère, c'est que les premiers ganglions à partir de la région appendiculaire étaient les plus malades ; on les trouva augmentés de volume et contenant du pus.

L'observation rapportée par M. Loison nous montre l'infection arrivée à un degré beaucoup plus avancé. Elle se fait d'une façon insidieuse qui pourrait dérouter le chirurgien. Tout d'abord les phénomènes hépatiques sont masqués par des phénomènes de réaction péritonéale, car il se forme une fusée purulente du côté du cul de sac de Douglas : mais les accidents de complication ont commencé par un ictère

assez grave. Ce n'est que un mois après, quand tout semble rentré dans l'ordre que le malade ressent des douleurs dans le côté droit de la poitrine ; on pourrait croire à une lésion pleurale, car il y a des râles et un souffle assez bien circonscrit à la base droite, ces symptômes sont variables d'un jour à l'autre.

La radioscopie montre une plèvre et un poumon intacts mais la partie droite du diaphragme est le siège d'une voussure assez forte et reste immobilisée, pendant la respiration. Une semaine après on remarque au niveau de la partie postérieure de l'hypochondre droit une tuméfaction occupant une surface de 10 centimètres de long sur 6 à 7 de haut. On reconnaît les signes d'une collection liquide. A l'incision, il sort du pus verdâtre et le doigt explore une poche intra-hépatique. Sans l'emploi de la radiographie on n'aurait pensé qu'à une lésion pleurale. Ces abcès sont toujours très graves, Berthelin en cite trente observations dans sa thèse mais ce sont tous des cas d'autopsie. Kœrte en a opéré un qui a guéri. Comment se forment ces abcès ? Il est probable qu'à l'origine, les foyers sont multiples dans une région donnée du foie ; l'affection évoluant lentement, ces petits abcès se réunissent en une poche unique dont la paroi déchiquetée et creusée de petites cavités accuse la confluence des foyers primitifs. Une autre preuve de ce mode de formation des abcès du foie d'origine appendiculaire, c'est que dans les cas où la maladie prend

une allure aiguë on trouve le foie farci d'abcès aréolaires.

Les complications sont encore possibles même du côté de la rate. M. Routier signale un cas d'abcès de ce viscère qui se manifesta par des phénomènes pathologiques du côté du poumon gauche et de l'œdème de la paroi. Il pratiqua l'incision, mais son malade mourut.

Les suppurations à distance peuvent encore se faire dans la région du rein; et il est fort probable, dit M. Kirmisson, que de nombreux abcès péri-néphrétiques à odeur fécaloïde sont dûs à la propagation d'une infection appendiculaire. Et cet auteur cite le cas d'un jeune homme porteur d'un foyer d'appendicite enkysté et chez qui l'on découvrit une tumeur volumineuse siégeant dans le flanc droit « cette tumeur n'était autre que le rein lui-même; le siège, la forme, le ballottement rénal, rien n'y manquait. On fit une incision lombaire comme pour une nephrotomie, et l'on arriva sur le rein reconnaissable à tous ses caractères extérieurs, mais traînant, attachée à son extrémité inférieure une masse pathologique. L'index fut insinué entre cette masse et le bord inférieur du rein, de façon à les décoller l'un de l'autre et immédiatement un flot de pus infect, d'odeur caractéristique, s'écoula; on était donc en présence d'un abcès périnéphrétique en voie de formation. Ce malade a guéri après avoir

présenté ultérieurement un volumineux abcès à distance dans la région hypogastrique. »

Cependant toutes les suppurations à distance ne sont pas dues à la propagation par les vaisseaux lymphatiques et les chaînes ganglionnaires ; l'observation que M. Bazy a communiquée à la société de Chirurgie le 7 février et que nous rapportons en fait foi. Un certain nombre de ces abcès sont dus à des fusées purulentes, à des propagations microbiennes qu'on peut voir et poursuivre jusque sous la peau ; on croirait par la façon dont ces lésions se comportent, avoir à faire à des lésions osseuses ou des côtes, ou de l'os iliaque, ou de la colonne vertébrale. Parfois même elles prennent l'aspect de lésions syphilitiques.

Enfin une autre complication fatale, celle-là, c'est l'hémorrhagie. M. Kirmisson rapporte un cas dans lequel la veine iliaque s'est rompue dans un phlegmon gangréneux de la fosse iliaque. L'infection s'était propagée par la voie lymphatique au tissu cellulaire sous séreux et il y avait eu ulcération de la veine.



Observations

OBSERVATION I (de M. Ricard)

Bulletin de la Société de Chirurgie, page 68

Il s'agit d'un malade, opéré d'urgence dans mon service, par M. Beurnier, pour une appendice avec 38°5 et des accidents de subictère.

A la suite de l'intervention, il sortit de mon service guéri en apparence, mais rentra bientôt chez Nélaton avec les mêmes accidents de subictère. Nélaton ne l'opéra pas, il revint alors chez moi ; je l'envoyai chez Mathieu qui me le renvoya, disant que l'appendice n'avait pas dû être enlevé. Je l'opérai, ayant eu la main forcée par des accidents très graves, bien que, d'après mes renseignements, l'appendice dût avoir été certainement enlevé. Je trouvai une chaîne ganglionnaire infectée remontant de son appendice vers le foie ; les deux premiers ganglions étaient augmentés de volume et contenaient du pus. J'extirpai quatre ou cinq ganglions. Il est probable que les accidents étaient dus à la présence de ces ganglions, infectés lors de la première crise

d'appendicite. Le malade est en bonne voie de guérison, au huitième jour ; dès le lendemain, la température était revenue à la normale.

OBSERVATION II (Inédite)

Appendicite chronique avec ganglion suppuré du méso

Rose M..., âge, 23 ans. Profession : infirmière. Entrée salle Sédillot le 1^{er} avril 1900, sortie le 5 mai 1900.

Toujours bien portante, jusqu'en 1897. Elle est entrée alors, au mois d'octobre, dans le service de M. Bouilly ; elle avait des pertes blanches jaunâtres et des douleurs abdominales très vives : on diagnostiqua une métrite avec salpingite double surtout marquée à gauche et pelvi-péritonite. On l'opère : incision dans le cul-de-sac postérieur, on place deux drains qui sont laissés à demeure pendant une quinzaine de jours ; la malade quitte l'hôpital bien améliorée, mais toujours avec beaucoup de pertes blanches pour lesquelles on lui ordonne des injections et du repos. Ses pertes ne cessant pas, elle rentre de nouveau dans le service de M. Bouilly, le 16 décembre. On lui fait un curettage et un drainage de la cavité utérine. A l'examen, on constate toujours l'existence d'une salpingite double avec grosse masse dans le cul-de-sac latéral gauche. La malade sort de l'hôpital et, pendant plusieurs mois, peut reprendre son travail. Poussée salpingienne aiguë en 1898 ; on la soigne d'abord médicale-

ment (glace, repos); les douleurs se calment un peu et on procède le 16 octobre 1898 à l'*hystérectomie vaginale*. La malade sort guérie : elle n'a plus de douleurs abdominales, mais seulement quelques troubles consécutifs à l'ablation des annexes : maux de tête, étourdissements.

1^{re} crise d'appendicite (novembre 1899). — Au milieu d'un état de santé satisfaisant, la malade ressent des coliques abdominales sourdes, affectant le type gastrique — douleurs au niveau de l'estomac avec irradiations vers la fosse iliaque droite; ces douleurs s'accompagnent de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. Cet état ne dure que quelques jours; la malade se rétablit peu à peu, conservant toujours un peu d'endolorissement de la fosse iliaque droite, parfois elle a des crises un peu plus douloureuses sous forme de coliques.

2^e crise. — Le 24 mars 1900. Elle ressent de vives douleurs abdominales, des vomissements se produisent : douleurs et vomissements sont d'abord assez peu marqués, puis augmentent peu à peu d'intensité pour arriver à leur maximum le 30 et le 31 mars. La malade entre dans le service le 1^{er} avril.

Etat actuel. — La crise aiguë est passée. La fosse iliaque droite est endolorie : le point de Mac-Burney est particulièrement sensible, surtout à la pression. Il y a quelques vomissements. La température varie entre 38°5 et 39°.

Repos absolu, glace sur le ventre.

Opération le 10 avril. — Sous le chloroforme, la paroi abdominale étant relâchée, on sent une petite tumeur dans la fosse iliaque droite.

L'incision est faite sur le bord du muscle droit; incision

du péritoine. On ne trouve ni pus, ni adhérences, on tombe immédiatement sur l'appendice qui est légèrement augmenté de volume et un peu rouge, *sans traces d'adhérences marquant un travail inflammatoire péri-appendiculaire antérieur*. Ablation de l'appendice. En explorant son méso, on trouve un ganglion enflammé du volume d'une petite noix, il contient du pus ; ablation et drainage. Le drainage à la gaze iodoformé est retiré au bout de quarante-huit heures.

12 avril. — Etat de la plaie excellent.

16 avril. — La malade, sans qu'on puisse en trouver la cause a une température de 38° et 39°.

20 avril. — Même température ; malgré cela état général excellent.

30 avril. — La malade est à peu près rétablie, la plaie est cicatrisée.

5 mai. — Elle sort guérie.

OBSERVATION III

M. Gérard Marchand. Société de chirurgie, 30 janvier 1900.

Octobre 1899. — Une cubaine avait eu deux crises d'appendicite, l'une en mars, l'autre en août de la même année. Ces crises s'étaient accompagnées des symptômes classiques, douleurs, ballonnement du ventre, vomissements, fièvre. Le Docteur Toledo avait été le témoin de ces accidents.

La crise aiguë passée, seuls persistaient des troubles

intestinaux caractérisés par de la diarrhée, une douleur dans la zone appendiculaire, se réveillant à l'occasion de la marche et des mouvements, et une véritable tumeur au niveau du cœcum.

Cette tumeur avait les dimensions d'une grosse noix, elle paraissait irrégulière, bosselée, de consistance ferme, mobile, très sensible au toucher ; elle subissait nettement des variations de volume d'une semaine à l'autre.

Cette grosseur si appréciable cadrait peu avec les sensations que nous donne habituellement la palpation d'un appendice même malade. Comme l'a fait remarquer depuis longtemps M. Routier, *dans ces cas, on ne sent rien ou presque rien.*

Cette tumeur arrondie éveilla donc notre attention, et comme la petite malade était de souche bacillaire (père mort tuberculeux), nous avons fait de grandes réserves au sujet d'une tuberculose cœcale.

Le péritoine ouvert, le cœcum découvert, ce qui frappait, c'était l'existence sur le cœcum, près de sa circonférence interne, dans le voisinage de l'abouchement du grêle (c'est-à-dire, là où l'anatomie normale révèle des ganglions) de deux masses ganglionnaires, dont l'une était plus volumineuse que l'autre, et juxtaposées : un des ganglions présentait près de sa surface un point jaunâtre : nulle part d'adhérences et je pus facilement énucléer ces ganglions sans intéresser les tuniques du cœcum.

Bien que l'appendice parut sain, il fut reséqué.

Un des élèves du laboratoire du professeur Dieulafoy, M. Jolly, a bien voulu se charger de l'examen de ces pièces, et voici la note qui m'a été remise par le Dr Gandy.

« 1° L'appendice dont il a été fait des coupes (conservées et réexaminées depuis) était absolument sain.

« 2° Les ganglions présentaient au point de vue microscopique tout à fait l'apparence des ganglions casécux. Malheureusement il n'a pas été fait de coupes de ces ganglions.

La coloration d'un frottis sur lamelles des portions caséuses des ganglions n'a point mis en évidence des bacilles de Koch : fait négatif qui ne suffit point pour éliminer l'idée de tuberculose. »

OBSERVATION IV

M. Gérard-Marchand, Société de Chirurgie, 30 janvier 1900

Le 14 novembre dernier, j'opérai une jeune fille qui m'avait été confiée par le Dr Forest de Faye. Cette jeune fille avait depuis cinq ou six ans de loin en loin, tous les deux ou trois mois environ, une douleur vive dans la fosse iliaque droite, sans fièvre, sans vomissements, qui se calmait par un repos de quelques heures.

Dans l'intervalle de ces petites crises, aucune souffrance appréciable.

La première grande crise eut lieu en juillet 1899. Fièvre vive, vomissements pendant quatre jours, avec douleur violente au point d'élection. Cette crise dura quinze jours et céda à la glace, à l'opium et à la diète absolue. L'accalmie dura trois mois. Néanmoins, la malade garda toujours une sensation douloureuse dans la fosse iliaque.

Deuxième grande crise le 2 novembre : pendant la nuit, douleur très violente s'accompagnant de nausées, de lipothymies, d'angoisse extrême, sans fièvre cette fois !

C'est dix jours après cette seconde atteinte que je fus appelé à voir la malade et que je constatai une tuméfaction bien nette dans la région cœcale. Je pensai à une appendicite, et lorsque le 14 novembre 1899, j'opérai cette malade, je fus surpris de trouver un appendice qui paraissait sain, mais sur le cœcum, en pleine face antérieure, se rapprochant cependant de son bord externe, un gros ganglion. Mais celui-ci était suppuré, prêt à s'ouvrir, et ayant contracté avec la paroi cœcale des adhérences telles que je renonçai à l'extirpation : je traitai cette adénite suppurée par l'ouverture, le grattage, la thermo-cautérisation, puis j'isolai ce foyer septique de la grande cavité péritonéale, par une suture cœcale de la lèvre interne de l'incision du péritoine.

Il n'est pas sans intérêt de vous dire que cette jeune fille a une sœur atteinte de coxalgie et un frère bacillaire pulmonaire. Elle est aujourd'hui entièrement rétablie.

Quelles étaient les lésions de l'appendice ?

Voici la note que m'a remise mon chef de laboratoire de l'hôpital Boucicault, M. le D^r Blanc.

« Appendicite pariétale sans trace aucune de lésions tuberculeuses. — L'appendice enlevé, à l'examen macroscopique, paraît à peu près normal. Il est du volume d'un crayon, légèrement congestionné, et on aperçoit à sa surface de fins réseaux correspondant à des arborisations vasculaires, indices de congestion. Pas de dilatation ni de rétrécissement.

« Sur les coupes, on rencontre les lésions d'une appendicite.

Ferry

dicite pariétale légère : épaissement des couches, infiltration prédominant au niveau de la muqueuse hyperhémisée et du tissu réticulé sous-muqueux. On aperçoit de nombreux leucocytes tout autour des follicules, qui sont augmentés de volume et pénétrés eux-mêmes par les lymphocytes.

« L'infiltration a gagné aussi les espaces interglandulaires, mais les glandes sont peu atteintes.

« A cause des antécédents de la jeune malade et d'un ganglion suspect rencontré au cours de l'opération, on pouvait soupçonner la tuberculose. Rien dans les lésions appendiculaires ne permet de songer à la bacilliose et les lésions inflammatoires sont des lésions d'inflammation simple.

« En résumé, appendicite subaiguë, pariétale ; tout à fait au début, caractérisée par de la folliculite et de la péri-folliculite ».

OBSERVATION V

M. Gérard-Marchand.— Société de chirurgie, 30 janv. 1900.

Une enfant de douze ans m'avait été adressée par le le Dr Marciguey, pour une appendicite. La première crise éclata le 4 avril 1899 et se caractérisa par des douleurs dans le flanc gauche, puis dans le côté droit, au niveau du cœcum. Pas de fièvre, pas de vomissements, mais des douleurs vives, constantes, persistantes, de l'amaigrissement

rapide, symptômes qui nous décidèrent à proposer une laparotomie exploratrice.

L'opération révéla l'intégrité apparente de l'appendice, qui fut cependant réséqué, mais il y avait une infinité de petits ganglions, hyperplasiés, indurés, qui n'étaient pas seulement limités au cœcum, et existaient sur le mésopappendice, le grand épiploon, le feuillet droit du mésentère. Je me hâtai de refermer le ventre, sans toucher à aucun de ces ganglions, me réservant de donner ultérieurement un traitement général, qui d'ailleurs a fait merveille.

L'examen de l'appendicite réséqué, fait par M. le Dr Blanc, n'a révélé « que des lésions peu accusées, à peine une légère inflammation folliculaire très localisée, insuffisante, semble-t-il, étant donné l'intégrité du tissu conjonctif péri-folliculaire, des glandes et du péritoine, pour expliquer le syndrome présenté par la malade ».

OBSERVATION VI

M. Bazy. — Société de chirurgie, 13 février 1900.

Bastard Bog..., dix-sept ans, entré le 30 juin 1897, à l'hôpital Tenon, salle Delessert, lit 19.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — La malade était chétive dans l'enfance, mais depuis l'âge de douze ans, elle se porte assez bien. Elle fut réglée à 14 ans et très régulièrement. Elle dit rendre avec ses règles de petits morceaux de peau

ou de mucosités. Un jour, en jouant avec son frère, elle reçut de celui-ci un coup de pied dans le ventre. Ce coup de pied n'eut pas d'autres conséquences, lorsque le premier mois qui suivit la mort de son père, au moment de ses règles, elle fut prise de vomissements verdâtres, se plaignit de douleurs dans le ventre qui étaient assez intenses pour l'empêcher de remuer la jambe droite. Elle est soignée par un médecin qui lui fait faire des applications de glace sur le ventre. Fièvre très intense qui dure quatre ou cinq jours. Elle entre à ce moment à Saint-Louis pour y être opérée et en sort après deux ou trois jours, les douleurs ayant cessé avec les règles. A ce moment, elle s'aperçut qu'elle avait une tumeur assez volumineuse dans le flanc droit (avril 1897).

Le 30 juin 1897, la malade entre à l'hôpital Tenon dans le service du Dr Bazy ; huit jours avant, elle avait été prise de nouveau de violentes coliques. Le ventre est douloureux, principalement dans la fosse iliaque droite. Température : 38°5 le matin ; 38°9 le soir.

Examen. — A l'examen, on constate une tumeur volumineuse et bosselée dans le flanc droit et la fosse iliaque droite, très sensible à la palpation. La malade présente des symptômes d'appendicite. On l'opère le 2 juillet 1897.

Opération. — Incision de 10 centimètres. On ouvre l'abdomen ; le côlon ascendant apparaît rosé, légèrement congestionné, il est surélevé et repose sur une masse dure qui s'étend jusqu'à la colonne vertébrale et en bas vers la fosse iliaque. On reprend le péritoine pariétal, on le décolle ; il est très épais et le décollement est assez facile, il permet d'arriver sur les masses rétro-coliques qui sont dures et fermes. La sonde cannelée enfoncée en quelques points pé-

nêtre dans un tissu dur, comme sarcomateux. Nulle trace de pus. On referme la cavité péritonéale par un surjet au catgut. On réunit les plans musculaires et un gros drain est laissé dans la cavité sous-péritonéale créé par le décollement.

Surjet au catgut, au crin de Florence.

La plaie suppura longtemps, surtout dans la partie inférieure, à l'endroit où se trouvait le drain. On fait des attouchements à l'huile gaïacolée.

Le 11 août, la malade sort complètement guérie, la plaie est fermée.

Sur ma demande, la malade revient me voir le 2 février 1900. Elle dit constater au niveau de la cicatrice une petite saillie de la grosseur d'un œuf de pigeon. Cette saillie ne persiste pas et n'est pas constatée à l'examen. Elle se plaint de douleurs stomacales, et a de la dilatation de l'estomac.

Il n'existe pas la plus petite tumeur dans la région opérée.

OBSERVATION VII (Inédite)

M^{me} M..., âge 39 ans. Entrée le 7 mai, sortie le 2 juin 1900.

Le 4 mars, la malade est prise de douleurs abdominales et de nausées donnant l'impression d'un début d'appendicite; le ventre se ballonne, les douleurs localisées à droite reviennent par crises — ces crises durent quelques minutes et

laissent ensuite le malade en repos. La malade éprouve quelques nausées mais pas de vomissements ; il y a constipation.

Cet état dure quelques jours et la malade prolonge son repos au lit pendant tout un mois.

A l'examen, on constate une tumeur dans la fosse iliaque droite et la pression détermine une douleur vers le milieu de la ligne réunissant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic.

Opérée le 14 mai. Sous le chloroforme, on sent très nettement dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume du poing. Dès l'ouverture de la cavité abdominale, on sent une tumeur dure englobant le cœcum et la partie inférieure de l'intestin grêle, faisant passer tout d'abord à un néoplasme de la valvule iléo-cœcale. On trouve une masse ganglionnaire dans l'angle formé par le cœcum et l'iléon — on l'élève — on ne trouve pas l'appendice.

Sortie guérie le 2 juin 1900.

OBSERVATION VIII (de M. Loison)

Bulletin de la Société de Chirurgie, p. 66, 1900.

Abcès du foie d'origine appendiculaire

F. . , vingt-trois ans, soldat au 87^e de ligne, est de constitution moyenne et ne présente rien de spécial à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Le 3 octobre 1899, au soir, il ressent une douleur subite violente dans le côté droit de l'abdomen et a des vomissements. C'est le début d'une appendicite qui continue à évoluer pendant les jours suivants et donne lieu à une péritonite suppurée localisée, pour laquelle le malade entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 10 octobre, dans le service de M. le médecin principal Nimier, que nous suppléons à ce moment.

11 octobre. — Sous le chloroforme, je pratique l'incision oblique de Roux et j'évacue une grande quantité de pus à odeur fécaloïde. Je renonce à la résection de l'appendice, ne la trouvant pas facilement dans l'exploration que je fais du foyer. Je rétrécis par des sutures les extrémités de l'incision, faisant sortir par son centre deux drains en caoutchouc entourés de gaze iodoformée.

Le traitement ordinaire est institué et, pendant les jours suivants, rien ne se produit, si ce n'est l'apparition d'un ictère assez intense et l'écoulement de matières fécales dans le pansement, indiquant l'existence d'une perforation appendiculaire.

17 octobre. — Dans l'après-midi, le malade a un frisson qui dure une heure environ ; la température monte à 39° et dans la soirée une transpiration abondante se produit.

Dans la suite, fièvre et frisson ne se produisent pas, mais l'état général laisse à désirer.

20 octobre. — Par le toucher rectal, je constate que le cul-de-sac de Douglas, fortement proéminent, est rempli par une collection liquide. Immédiatement je cherche à donner issue au pus avec le doigt introduit par l'incision inguino-abdominale et se dirigeant vers le petit bassin ; je puis y arriver. Sous la cocaïne, je pratique alors une inci-

sion verticale et médiane au-dessus du pubis, et cheminant au milieu de plans épaissis et infiltrés, je puis facilement, en passant entre les anses intestinales repoussées en haut et la vessie refoulée en bas, effondrer une poche de laquelle sort environ un litre de pus à odeur fécaloïde. Le doigt explore une vaste cavité limitée en haut par les anses intestinales agglutinées, formant dôme, en bas et en avant par la vessie. Deux gros drains sont plongés jusqu'au fonds du cul-de-sac de Douglas. Dans ce nouveau foyer, l'appendice n'a été ni vu ni senti. Cette cavité se comble progressivement et l'état du malade semble s'améliorer.

A la fin de novembre, alors que les deux plaies d'incision abdominale sont complètement cicatrisées, le malade accuse des douleurs dans le côté droit de la poitrine. A l'examen on ne constate pas de matité appréciable et l'auscultation révèle simplement l'existence de quelques râles et d'un souffle dans une zone assez limitée à la base droite. Ces symptômes varient du jour au lendemain.

La radioscopie, pratiquée le 30 novembre, me montre l'existence d'une voussure assez forte de la moitié droite du diaphragme, qui se trouve presque complètement immobilisée pendant la respiration. Le poumon et la plèvre semblent intacts. Les jours suivants, le malade se trouve mieux et nous demande de surseoir à toute intervention ; nous nous contentons de lui faire des badigeonnages iodés.

6 décembre. — Hier le malade a éprouvé des douleurs assez vives dans le côté droit et a dû se coucher. En l'examinant ce matin, je remarque au niveau de la partie postérieure de l'hypocondre droit, une tuméfaction occupant une surface de 10 centimètres de long sur 6 à 7 de haut. La peau

n'est pas rouge, mais présente des veinosités assez abondantes. La fluctuation nette indique l'existence d'une collection sous-cutanée communiquant probablement avec la profondeur par un espace intercostal. Je fais une incision de 10 centimètres parallèlement à la dixième côte que je trouve dénudée sur une certaine étendue et dont je résèque 4 centimètres. Après l'issue d'une grande quantité de pus verdâtre, le doigt explore une poche intra-hépatique du volume d'un œuf de poule présentant une paroi irrégulière creusée de petits diverticules. Deux drains en caoutchouc sont placés dans la cavité de l'abcès.

10 janvier. — La plaie thoracique est complètement épidermée. Le malade va bien et ne se plaint plus de rien.

17 janvier 1900. — Etat général excellent.

OBSERVATION IX (de M. Bazy)

Bulletin de la Société de Chirurgie, p. 135 — 1900

Suppurations à distance dues à des fusées purulentes

La nommée R... Alice, âgée de vingt ans, entre le 21 juillet 1897, salle Delessert, lit n° 19, hôpital Tenon.

Antécédents héréditaires. — Sœur morte, à dix-sept ans, de méningite tuberculeuse.

Réglée à quatorze ans régulièrement.

1890. — Fièvre scarlatine avec forte angine.

.894. — Soignée pendant deux mois pour pérityphlite,

a eu trois abcès dans l'hypocondre droit ; ces abcès ont été incisés.

1896. — Nouvel abcès, incisé aussi, a suppuré pendant une quinzaine de jours.

1897 (février). — Nouvel abcès qui s'est ouvert spontanément et la malade est restée un mois à l'hôpital Beaujon. Pas de traitement spécial, mais on lui a donné de l'iodure de potassium.

Il y a huit jours, a été prise de douleurs aiguës dans l'hypocondre droit. Dans cette région, il s'est formé une tuméfaction. Pas de traitement.

A son entrée à l'hôpital, on constate que tout l'hypocondre droit est tuméfié et très douloureux à la pression. A la palpation, on constate une vaste collection fluctuante, s'étendant dans la région lombaire jusqu'au bord supérieur de l'os coxal en bas et en haut jusqu'aux fausses-côtes. Elle fait tout le tour de la région rénale et s'étend dans l'hypocondre droit. Je ne vois pas la malade les premiers jours.

Ouverture spontanée de l'abcès dans la région lombaire dans la nuit du 23 au 24 juillet. Ecoulement d'une grande quantité de pus très fétide. On met un drain dans le trajet.

Pendant les vacances, elle est opérée par mon ami M. Demoulin qui me remplaçait et qui gratte les trajets fistuleux. Elle a ensuite de nouveau un abcès.

A mon retour, pensant que ces abcès ont eu pour point de départ une appendicite, je l'opérai en employant l'incision de Jalaguier, le 11 octobre 1897.

L'appendice est remonté derrière le cœcum et adhérent.

Au voisinage de l'extrémité, on voit qu'il a dû y avoir

une perforation, car cette extrémité est appendue sous la forme d'un petit corps rond relié par des tractus fibreux.

En outre, on trouve à ce niveau, dans la paroi, un petit infundibulum qui a dû être l'origine des abcès.

La malade guérit bien et très rapidement de cette intervention, mais il se forma un nouvel abcès, et alors je me décide à ouvrir et à poursuivre tous les trajets fistuleux qui me conduisent jusque sous les côtes et dans la fosse iliaque interne.

Depuis ce moment, la malade est restée guérie. Je l'ai revue ces jours derniers, elle n'a plus eu d'abcès.

OBSERVATION X (de M. Walther)

Bulletin de la Société de Chirurgie, p. 254, 1900

Une femme de trente-neuf ans, très nerveuse, très intelligente, surmenée par un travail intellectuel excessif, souffrait depuis l'âge de vingt-quatre ans de troubles digestifs, douleurs épigastriques, sensations de brûlure, perte d'appétit, etc. Elle fut soignée pour une dilatation de l'estomac et sous l'influence d'un régime alimentaire approprié, les accidents s'amendèrent sans disparaître complètement.

Mariée à trente et un an, elle eut un enfant bien portant.

A trente-cinq ans, à la suite de contrariétés, pertes de sommeil, douleurs de tête très violentes, quelques crises de nerfs sans perte de connaissance, mais surtout état nerveux très accentué avec surexcitation cérébrale continuelle : on la traita par les douches, les toniques, la viande crue.

Les troubles digestifs s'accrochèrent encore pendant cette crise et s'accompagnèrent de douleurs au moment de la digestion, douleurs épigastriques, douleurs abdominales, tantôt diffuses, tantôt prédominant à droite, parfois même dans la fosse iliaque.

C'est dans ces conditions que je vis la malade et je fus tout d'abord frappé par son teint terreux très accentué, par une intolérance pour certains aliments, pour la viande rouge notamment, par un maximum de douleur à la pression dans la région cœcale, avec un retentissement très net au creux épigastrique.

Après une observation prolongée plus d'un mois, je n'hésitai pas à attribuer à l'appendicite chronique tous ces troubles jusque-là mis sur le compte de l'état nerveux grave.

J'opérai cette malade dans mon service le 25 juillet 1899. Je trouvai un appendice long de 11 centimètres et demi coudé par des brides péritonéales ; dans le méso, tout contre l'appendice, un ganglion du volume d'un pois. L'appendice présentait à la coupe un piqueté hémorragique très abondant à sa partie moyenne et une folliculite en pleine évolution, sans aucune ulcération de la muqueuse.

Mais, c'est là le fait sur lequel j'appelle votre attention, le contenu de l'appendice, examiné par un collègue M. Vidal, contenait du coli-bacille et du streptocoque et une parcelle prise au centre ramolli du ganglion, cultivée sur gélose a donné du coli-bacille et du streptocoque.

Je dois ajouter que j'ai revu il y a quelque temps cette malade ; bien qu'elle soit toujours aussi nerveuse elle digère bien, n'a plus de douleurs de ventre et a repris des forces.

Conclusions

1° Si, anatomiquement, on n'a constaté aucune connexion lymphatique entre les annexes droites et l'appendice, nous sommes fondé, d'après la pathologie à croire à l'exercice de communications sous-séreuses.

2° La contiguité, les adhérences, l'existence d'une bride néo-formée et organisée ne suffisent pas à expliquer tous les retentissements des lésions annexielles sur l'appendice et ses ganglions.

3° Les ganglions péri-appendiculaires sont parfois le siège de lésions qui constituent l'état pathologique principal de la région iléo-cœcale.

4° L'adénopathie due à une infection générale telle que la tuberculose peut être primitive. Dans la plupart des cas, elle est sous la dépendance d'une appendicite. Celle-ci est plus ou moins grave et n'est dans certains cas qu'au deuxième plan dans l'ensemble pathologique de la région.

5° Quand, après plusieurs crises assez espacées d'appendicite chronique, on sent à travers une paroi

abdominale molle, une tumeur d'un certain volumé, *bosselée, irrégulière*, non fluctuante, on a le droit de penser à une adénopathie péri-appendiculaire.

6° L'infection peut ne pas rester localisée aux ganglions péri-appendiculaires et aller porter la suppuration au loin, dans le foie, autour du rein, dans le petit bassin ou dans la région gastrique et même dans la rate.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

Lafforgue. — *Recherches anatomiques sur l'Appendice vermiculaire du cæcum*, Journal International d'Anatomie et de Physiologie, 1893.

Clado. — *Appendice cæcal*, Mémoire de la Société de biologie, 1892.

Rogie. — *Sur l'anatomie normale et pathologique de l'appendice iléo-cæcal*, Journal des Sciences médicales de Lille, 1833.

Jonnesco et Juvara. — *Anatomie du cæcum et de l'appendice iléo-cæcal*, Bulletin de la Société anatomique, 1874.

Les mêmes. — *Anatomie des ligaments de l'appendice vermiculaire et de la fossette iléo-appendiculaire*, Progrès Médical, 1891.

Jonnesco. — *Traité d'Anatomie* publié sous la direction de M. Poirier.

Richet. — *Anatomie chirurgicale.*

Tillaux. — *Anatomie topographique.*

Trèves. — *Anatomy of the intestinal canal and perit.* London (1885), Brit. méd. journal (1887-90).

Tuffier. — *Etude sur le cæcum et ses hernies*, Archives générales de médecine (1887).

J. Fergusson. — *Deux cents dissections d'appendice*, The international Journal of. méd. Sc., janvier (1891).

Ricard. — Gazette des hôpitaux, 1871.

Jouet. — Contribution à l'étude de la lymphangite des pays chauds, thèse de doct. Bordeaux, 1884.

Pérignon. — Thèse de Paris, 1892.

Schott. — Wochenblatt der Zeitsch, der KK Gesellschaft der Aertze in Wien, n° 44.29 oct. 1862, page 345.

Luschka. — Virchow's Archiv. B. 21, page 285, 1861.

Traité de chirurgie. — Duplay et Reclus.

— — — — — Ledentu et Delbet.

Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, 23 janvier 1900, page 68.

Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chir., 30 janvier, 13 février, 20 février, 13 mars. 24 juillet 1900.

Barnsby. — Thèse de Paris, 98.

Pozzi. — Bulletin Soc. chirurgie. tome XVI, 1890, p. 779.

Billroth. — (Société imp. de Vienne, 1891).

Williet et Hartmann. — (Bulletin de la Société anatomique, 1891).

Richelot. — (Bulletin de la Soc. de Chirurgie, 1892).

Benoist. — (Thèse de Paris, 1893).

Kaerte. — (Berliner Klinische Wochenschrift, 1892, p. 794).

Dieulafoy. — (Semaine médicale, 1898, p. 449).

Berthelin. — (Thèse, Paris, 1895).

Kirrmisson. — Société de chirurgie, séance du 18 juillet 1900, p. 849.

